DU

TRAITEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

DANS LES BASSINS RÉTRÉCIS

Par

C. C. TH, LITZMANN, A KIEL

Sammlung klinischer Vortræge in Verbindung mit deutschen Klinikern,
Herausgegeben von Richard Volkman, nº 90, Leipzig, 1875

Traduit par

A. CHARPENTIER

Agrégé à la Faculté

Extrait des ARCHIVES DE TOCOLOGIE
Février-Mars.

PARIS

V. ADRIEN DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1877

DU

TRAITEMENT DE L'ACCOUCHEMENT

DANS LES BASSINS RÉTRÉCIS.

Messieurs, après avoir signalé le moyen de reconnaître les rétrécissements du bassin chez la femme vivante, et leur influence sur la marche de l'accouchement, il nous reste à poser les principes et les règles qui, suivant les cas, doivent nous diriger dans le traitement de l'accouchement dans ces sortes de bassins.

Tout d'abord, je ne puis assez insister sur la nécessité de s'assurer dans chaque cas, le plus tôt possible, de la forme et du degré de ce rétrécissement, car, quoique dans la plupart des cas le rétrécissement du bassin ne soit pas le seul fait capital au point de vue de la marche de l'accouchement, il n'en est pas moins vrai que la connaissance exacte de ce facteur, est encore l'élément le plus sûr pour le traitement. Sans lui on agit en aveugle, et l'on s'expose au danger, lorsque surviennent des difficultés, d'en chercher la cause là où elle n'est pas, et de méconnaître le vrai moyen de les surmonter.

La connaissance de ce fait facilite plus tard la solution du second problème, qui n'est pas moins important, c'est-à-dire la détermination de la *disproportion relative*, c'est-à-dire de la proportion comparative de la tête et du bassin, ce qui ordinairement ne se reconnaissait avec une exactitude suffisante que lorsque le travail est déjà commencé.

Plus le bassin est étroit, plus son influence se fait sentir sur l'ac-

couchement, et plus le procédé de traitement peut *à priori* être établi avec certitude.

Dans les rétrécissements extrêmes, l'espace est si limité, que *même réduit artificiellement de volume, un enfant à terme ne peut franchir le canal pelvien.* Il ne reste donc au terme normal de la grossesse que l'*opération césarienne*, puisque le moyen proposé anciennement pour augmenter les dimensions du bassin, c'est-à-dire la symphyséotomie, ne remplit, comme nous le savons, que très-incomplètement ce but. Parmi les trois formes signalées des bassins rétrécis, la seule variété qui atteigne ce haut degré de rétrécissement, ce qui heureusement est rare, c'est le bassin rachitique, aplati et généralement rétréci. Mais il est impossible de fixer d'une manière absolue les limites où commence cette indication précise de l'opération césarienne, et où, par conséquent, il y a impossibilité absolue à extraire par les voies naturelles un enfant, même réduit de volume ; et en tout cas où les désordres déterminés dans les voies génitales, par une extraction opérée dans ces conditions, sont tels, qu'ils compromettent aussi gravement la vie de la mère que l'opération césarienne. Tout dépend en partie du volume du fœtus, en partie des procédés que l'accoucheur emploie pour réduire ce fœtus. Avec le céphalotribe on peut, après avoir pratiqué la perforation du crâne par des applications répétées de cet instrument dans les divers diamètres du bassin, broyer assez les os du crâne, sans léser les parties molles du bassin, pour que la base du crâne seule constitue l'obstacle définitif.

Avec la pince à os de Bœrschen, on peut opérer l'ouverture du crâne, séparer chacun des os de ce crâne, les saisir au-dessous du tégument crânien, les briser, les détacher les uns des autres, et les extraire par morceaux. Pour réduire la tête à un aussi petit volume que possible, il faut, outre les deux pariétaux et la partie supérieure de l'écaille occipitale, briser avant tout les frontaux aussi près que possible de la racine du nez et de la cavité orbitaire. Si alors on parvient à saisir ce qui reste de la base du crâne dans une bonne direction, c'est-à-dire à l'engager par son bord tranchant, c'est la hauteur de la face qui constitue le plus grand diamètre que la tête, réduite de volume, présente alors à l'anneau pelvien. Déduction faite des lames frontales, il comporte en moyenne de 4 cent. 1/2 à 5 cent. 1/4. Pour pouvoir, par conséquent, entraîner la tête dans le bassin, il faut que l'espace entre la paroi antérieure et la paroi postérieure du bassin soit au moins de 5 à 5 cent. 1/2. Seulement, si avant l'engagement de la face, on en-

lève encore la mâchoire inférieure, une dimension du bassin de 4 à 4 cent. 1/2 pourrait peut-être suffire pour l'extraction. Je ne vous conseillerais pourtant pas, dans notre Allemagne, d'attendre des résultats favorables de l'extraction d'un enfant à terme dans un bassin dont le conjugué vrai aurait moins de 5 cent 1/2. Même avec ces dimensions, il faut une notable habileté et des circonstances favorables pour que l'opération n'entraîne pas de dangers pour la mère.

Une condition indispensable c'est naturellement une dilatation ou tout au moins une dilatabilité suffisante de l'orifice du col, enfin il faut que le segment inférieur du bassin ait, ce qui, il est vrai, est la règle dans les bassins rachitiques, une dimension suffisante pour pouvoir permettre à côté des instruments l'introduction de la moitié de la main qui est destinée à protéger les parties maternelles. Pour extraire la tête réduite de volume, on peut se servir du crochet aigu que l'on implante dans le foramen magnum, mais son introduction exige une grande habileté et une grande expérience. L'opération est plus facile et plus inoffensive lorsque, la base du crâne étant placée sur son arête faciale on la saisit avec le cranioclaste ou le forceps à craniotomie de Barnes appliqué sur la mâchoire inférieure et l'orbite, et lorsqu'on l'extrait ainsi à travers le bassin. La tête une fois extraite, on peut facilement réduire le volume du reste du corps par la désarticulation successive du bras dans l'articulation de l'épaule, par la divulsion des côtes et l'éviscération de la poitrine et de la cavité abdominale.

Comme pour n'importe quelle opération obstétricale, le choix du moment en ce qui concerne l'opération césarienne a une grande importance. Malheureusement on n'est pas toujours libre, le mieux est lorsque l'on peut opérer vers la fin de la période de dilatation, la poche des eaux étant encore intacte. Jusqu'à ce moment en effet, il n'y a à redouter ni pour la mère un traumatisme notable par le fait de l'accouchement, ni pour l'enfant un trouble sérieux de la circulation placentaire. En outre on doit s'attendre à une forte rétraction de la matrice une fois qu'elle aura été vidée, à un arrêt plus rapide de l'hémorrhagie et à une réduction considérable de la plaie utérine : et d'un autre côté le canal du col restant plus ou moins complètement béant facilite pendant les couches le libre écoulement des liquides sécrétés par la plaie. Autant que je puis en juger d'après ma propre expérience jointe à celle des autres, je préférerais opérer trop tôt que trop tard. Les dangers qu'entraîne une rétraction insuffisante de la matrice : hémorrhagie violente pendant et après l'opération, hémorrhagie con-

sécutive ou thrombose étendues pendant les couches, difficultés d'écoulement des sécrétions ultérines par suite de l'étroitesse du canal cervical, me paraissent plus graves que les troubles qui peuvent résulter d'une contusion modérée du segment inférieur de la matrice.

En tout cas, je conseille, lorsque la rupture des membranes, comme cela a lieu souvent dans ces rétrécissements du bassin, se fait prématurément, même avant les douleurs sérieuses, de ne pas procéder à l'opération avant que ces douleurs soient suffisantes, et en attendant de tamponner le vagin pour éviter autant que possible l'écoulement du liquide amniotique et faciliter la rétraction de la matrice. Quoique la tête retenue au-dessus du rétrécissement ne puisse pénétrer comme un coin dans le canal cervical, celui-ci généralement sous l'influence des douleurs et par suite de la rétraction de l'utérus, s'efface dans une certaine mesure.

Une autre variété du bassin qui, quoique rare encore, se rencontre néanmoins plus souvent déjà que ceux dont nous venons de parler, c'est la variété des bassins qui *dans les circonstances habituelles ne permettent pas d'espérer l'expulsion d'un enfant à terme sans une réduction préalable du volume de cet enfant et qui même avec cette opération ne permettent pas d'éviter sûrement une notable et dangereuse contusion des parties maternelles, mais dans lesquels l'extraction du fœtus réduit de volume est encore possible par les voies naturelles.*

Ces variétés de rétrécissements se rencontrent surtout d'une part dans le bassin aplati, généralement rétréci, et d'une autre part dans le bassin rachitique simplement aplati où le rétrécissement peut par exception atteindre ces limites.

On peut en général soupçonner un vice de conformation aussi considérable, lorsque dans ces bassins le conjugué vrai a plus de 5 cent. 1/2 mais moins de 7 1/4 à 7 1/2. Dans le bassin généralement et régulièrement rétréci on peut redouter cet accident même avec un conjugué de 8 1/2 et au-dessous. Je n'ai toutefois, comme je l'ai déjà dit, aucune expérience personnelle sur ce point, puisque dans cette variété du bassin je n'ai jamais rencontré de rétrécissement du conjugué vrai au-dessous de 9 cent. Mais dans la pratique, la mensuration du bassin ne permet pas de fixer des limites aussi exactes. Le volume de l'enfant et en particulier le volume et la résistance de la tête fœtale, sa situation plus ou moins favorable, quoiqu'on puisse dans ce dernier cas un peu la corriger, feront que dans un cas donné, on peut croire à un bassin tantôt un peu plus, tantôt un peu moins

grand. En outre, la mensuration du bassin, même pratiquée avec le plus grand soin, n'est pas absolue, et l'homme le plus expérimenté peut se tromper dans sa mensuration de 1 cent. et même plus. Il est donc des plus important de s'assurer le plus tôt possible des dimensions relatives de la tête fœtale par rapport au bassin. Ce qui sert le mieux dans ce cas, c'est le palper, car la tête au début du travail est encore tout entière au-dessus du petit bassin. Le toucher fournira évidemment des renseignements plus précis, mais cela n'est possible que lorsque la tête est déjà, par suite des contractions, fortement appliquée sur le rebord pelvien, et que l'orifice est assez dilaté pour que l'on puisse arriver sur un segment considérable du crâne.

Chez les multipares, les commémoratifs fournissent naturellement un critérium d'autant plus absolu, que la marche des accouchements antérieurs permet de se rendre compte de toutes les circonstances actuelles.

Lorsque par une exploration minutieuse, on s'est assuré que l'on a affaire à un rétrécissement aussi considérable, trois moyens se présentent : 1° la *provocation de l'accouchement* prématuré, — puis lorsque la femme est à terme — *la réduction du volume de l'enfant et l'opération césarienne.* C'est tout au plus pourtant si l'*accouchement prématuré artificiel* convient dans les cas où le rétrécissement du bassin atteint les derniers degrés des limites ci-dessus, c'est-à-dire celles où la possibilité de l'accouchement d'un enfant à terme, sans réduction préalable, peut presque à priori être rejetée avec une certitude absolue. A mon avis, par conséquent, dans les bassins simplement aplatis et généralement rétrécis aplatis, il ne doit être pratiqué que lorsque le conjugué mesure au moins 7 centimètres. Dans le bassin régulièrement et généralement rétréci, il peut être difficile à cette époque de la grossesse, même après l'exploration du bassin, de prendre une décision, lorsque l'on n'a pas pour se guider les renseignements fournis par un accouchement antérieur. Mais si dans un bassin aplati, une mensuration minutieuse permet de constater un conjugué vrai de moins de 7 cent., il faut rejeter l'accouchement prématuré artificiel, car son but, la conservation de la mère et de l'enfant, échapperait sûrement.

Le pronostic pour l'enfant est alors plus que douteux, et cela d'autant plus que l'accouchement devra être provoqué à une époque plus éloignée du terme normal, que par conséquent la force de résistance vitale de l'enfant sera moindre, et que malgré cela les difficultés mécaniques de l'accouchement seront d'autant plus considérables et exi-

geront plus de temps pour être surmontées. Dans ce dernier cas même, on peut être obligé encore d'avoir recours à la réduction du volume de l'enfant pour faciliter l'accouchement. La mère elle-même, dans ces rétrécissements si prononcés, ne tire pas des avantages suffisants de l'opération. Si, en effet, la pression que les voies génitales subissent n'est jamais aussi considérable dans l'accouchement provoqué que dans l'accouchement à terme, toutes choses égales d'ailleurs, le danger qu'elle entraîne, lorsqu'elle atteint un certain degré, n'en est pas moins plus grand dans l'accouchement provoqué; car, dans ce cas, la rupture des membranes se fait ordinairement bien plus prématurément, souvent même avec une dilatation très-insuffisante du col, et par conséquent le segment inférieur de l'utérus reste plus longtemps que d'habitude exposé à la pression directe, et relativement plus forte et irrégulière de la partie fœtale qui se présente. Dans un cas où malheureusement, par suite d'une erreur de diagnostic, j'avais provoqué l'accouchement, le liquide amniotique s'écoula dès les premières douleurs, qui furent énergiques. Le crâne, qui en outre se présentait en position vicieuse, était beaucoup trop gros pour pouvoir pénétrer dans le bassin, et je dus attendre plusieurs heures avant que le dilatation du col fût suffisante pour me permettre d'introduire le perforateur. Après la perforation. il fallut encore 24 heures pour que la résistance du col cédât et permît de pratiquer la céphalotripsie et l'extraction. Pendant ce temps, le tissu du col pris entre le promontoire et le bord supérieur du pubis fut presque complètement déchiré, et ce traumatisme détermina une péritonite généralisée qui enleva la malade dès le quatrième jour.

La plupart du temps, par conséquent, on n'a dans ce degré de rétrécissement à choisir qu'entre l'*opération césarienne* ou la *mutilation du fœtus;* plus le bassin est étroit, et plus, par conséquent, dans l'extraction du fœtus par les voies naturelles, même après la perforation, l'attrition des parties maternelles est probable. Plus on doit admettre que le sacrifice de l'enfant est inutile à la mère, et plus on doit, si les autres circonstances sont favorables, et si la mère y consent, avoir recours à l'opération césarienne. Par contre, plus le rétrécissement du bassin se rapproche des limites supérieures, si l'on a l'espoir, même faible, que l'enfant peut passer sans danger à travers ce bassin, plus l'on doit avoir de tendance à rejeter l'opération césarienne. Tant que l'on conserve des doutes sur l'intensité des obstacles mécaniques, il est naturellement impossible de prendre une décision. Mais quelles que

soient les circonstances, il faut avant tout tâcher de conserver le plus longtemps possible l'intégrité de la poche des eaux. Car, quel que soit le procédé opératoire pour lequel on se décide, il est avantageux de retarder cette rupture jusqu'à une période avancée de la dilatation. Tant que c'est la pression régulière de la poche élastique formée par la distension des membranes qui dilate le col, il n'y a aucun danger. Mais après l'écoulement du liquide amniotique, le segment inférieur de l'utérus se trouve immédiatement en contact avec la surface inégale et solide du crâne, et comprimé ainsi sur le rebord pelvien. Cette compression de la matrice, pour peu qu'elle dure, devient dangereuse pour la mère, et l'enfant de son côté se trouve souffrir par suite de l'intensité des troubles de la circulation placentaire. Si par conséquent on ne s'est pas antérieurement suffisamment rendu compte de l'état des choses, il faut, aussitôt la rupture des membranes, procéder à une exploration précise. Si alors, tenant compte de toutes les circonstances, on est convaincu que le bassin ne permettra pas le passage d'un enfant sans réduction de son volume, il faut procéder à l'opération aussitôt que la dilatation du col sera suffisante pour l'entreprendre. Si c'est l'opération césarienne, la présentation de l'enfant n'a pas d'importance; — si c'est l'embryotomie, la présentation du sommet est la plus favorable, — car si c'est le sommet qui se présente, on peut faire la perforation aussitôt que l'orifice permet l'introduction de l'instrument. La perforation faite de bonne heure diminue les chances d'attrition des parties maternelles, facilite la compression du crâne qui sous l'action des douleurs laisse écouler de plus en plus la masse cérébrale et lui permet ainsi de pénétrer dans le canal cervical et le bassin. On peut ainsi, avec un peu d'attention, attendre le moment où le col sera suffisamment dilaté, pour essayer l'extraction, lorsque l'on se sera convaincu que les douleurs sont insuffisantes à la produire. Si l'expulsion du fœtus tarde, et s'il subit la putréfaction, l'accouchement deviendra plus facile par suite de la diminution de la résistance mécanique. Il faut alors, par des injections détersives d'eau phéniquée dans le vagin, soustraire autant que possible la mère aux dangers de l'infection, ouvrir les fenêtres pour renouveler l'air de la chambre et soutenir les forces de la parturiente par du bouillon, du vin, etc. Si, au lieu du crâne, c'est une autre partie de l'enfant qui se présente, il est déjà tout d'abord plus difficile de reconnaître avec certitude les proportions de l'enfant relativement au bassin. En tout cas il faut, à moins que, le diagnostic étant douteux, on ne préfère l'opé-

ration césarienne, attendre jusqu'à ce que l'orifice de la matrice permette l'introduction de la main pour pratiquer la version podalique, étant supposé que l'extraction soit possible, et alors, suivant les cas, perforer ou broyer la tête, et au besoin faire suivre cette dernière opération du broiement du tronc, et de l'éviscération de la poitrine et de la cavité abdominale. Il faut encore dans ce cas, à bien plus forte raison, s'efforcer de conserver le plus longtemps possible les membranes intactes, quoique alors la rupture prématurée de la poche des eaux n'expose pas les parties maternelles à une contusion aussi forte que lorsque c'est le crâne qui se présente.

Dans la majorité des cas, le *rétrécissement du bassin reste dans des limites telles*, que l'on doit dans le traitement de l'accouchement supposer que : *un enfant à terme pourra franchir le bassin, sans qu'on soit obligé de réduire son volume, et qu'il pourra passer vivant.* Pourtant ces limites sont très-variables, car elles comportent depuis les cas où il faut le concours de toutes les circonstances favorables pour permettre l'accouchement, jusqu'à ceux où l'influence du rétrécissement se borne à entraîner une déviation du mécanisme normal de cet accouchement. Je range dans cette catégorie tous les bassins simplement aplatis, et généralement rétrécis et aplatis, dont le conjugué vrai a 7 centimètres 1/2 et plus, et les bassins régulièrement et généralement rétrécis dont le conjugué vrai a plus de 8 centimètres 1/2. Plus le rétrécissement est faible, moins le bassin influera sur la marche de l'accouchement; tout dépend des complications qui pourront survenir. Et quoique souvent, même avec un rétrécissement notable, on voit les dangers que l'on redoutait disparaître par suite d'un concours favorable de circonstances, il ne faut pas oublier qu'un obstacle mécanique, même léger, peut devenir cause d'accidents mortels, s'il survient d'autres complications inattendues.

Parmi les traitements dont nous avons parlé, il faut rejeter dans ces cas l'opération césarienne, car lors même que dans un cas qui, au début, était douteux, on acquerrait plus tard la certitude que l'accouchement par les voies normales est impossible sans la mutilation du fœtus, les conditions sont toutes différentes. Les chances en effet de conserver l'enfant sont trop faibles pour que l'on expose la mère à une opération aussi grave, surtout lorsque le traumatisme auquel elle a été exposée déjà par le fait de son accouchement a pris une certaine intensité. Dans ce cas, c'est à la *perforation* qu'il faut donner la préfé-

rence, quoique au début il n'en fût pas plus question que de l'opération césarienne.

Il n'en est pas de même de la *provocation de l'accouchement prématuré.* Elle présente de véritables avantages dans les degrés prononcés du rétrécissement qui rentrent dans ce groupe, c'est-à-dire dans les bassins simplement aplatis, et généralement rétrécis et aplatis avec un conjugué vrai de moins de 8 centimètres, et dans le bassin régulièrement et généralement rétréci avec un conjugué de moins de 9 centimètres. Les dangers d'un accouchement à terme sont en effet, dans ces cas, très-sérieux, même en supposant toutes les autres conditions favorables. Et d'un autre côté le rétrécissement n'est pas assez considérable pour que la provocation de l'accouchement de 4 à 6 semaines avant le terme normal, n'amène pas une diminution suffisante des difficultés mécaniques. On peut sans scrupule reculer l'opération jusqu'à la 34 ou 36e semaine, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'enfant présente déjà une grande vitalité. On doit espérer que si l'on comparé ce qui va arriver, avec les conséquences vraisemblables d'un accouchement à terme survenant dans les mêmes conditions, il naîtra presque le double d'enfants vivants ou tout au moins un nombre égal. Le pronostic est encore plus favorable pour la mère puisque le danger capital qui la menaçait, c'est-à-dire la contusion des voies génitales, devient insignifiant. Quant aux influences fâcheuses résultant de la méthode employée pour provoquer les douleurs, elles ne sont pas à redouter si la prudence nécessaire préside à leur emploi. Ordinairement j'ai vu dans ces cas, les suites de couches être absolument normales. Après la 36e semaine je rejetterais l'accouchement provoqué, car alors, les avantages que l'on pourrait espérer en retirer seraient plus que balancés par une série d'autres circonstances défavorables, telles, que la présentation et l'attitude vicieuse du fœtus, la faiblesse des contractions, la rupture prématurée des membranes, la lenteur de la dilatation du col. Je préfère dans un faible rétrécissement attendre le terme normal, à moins que des circonstances spéciales, comme des cicatrices dues à des lésions antérieures du col ou du vagin, ne viennent augmenter les dangers de l'accouchement à terme.

Lorsque *l'accouchement se fait spontanément à la fin normale de la grossesse,* soit parce que l'on n'a pas voulu provoquer l'accouchement, soit parce que l'on est seulement appelé au début du travail, on trouve au début de la dilatation, étant supposée une présentation du sommet, lorsque le rétrécissement est modéré, même chez les primipares, on

trouve, dis-je, ordinairement la tête encore au-dessus du bassin, soit libre, soit déjà solidement fixée sur le détroit supérieur. Un point important dans tous les cas, et d'autant plus important que l'engagement de la tête est plus difficile, c'est la *conservation de l'intégrité de la poche des eaux*. Puisque c'est elle qui par une pression coniforme doit ouvrir le col qui pend dans le bassin en avant de la tête, et qui doit dilater l'orifice externe, la rupture prématurée des membranes entraîne ici des conséquences bien plus graves que lorsque le bassin est spacieux. La tête étant élevée, la quantité de liquide qui s'écoule est en effet bien plus considérable. La rétraction de la matrice entraîne pendant la contraction un trouble plus prononcé de la circulation utérine et placentaire, et les dangers sont plus grands pour l'enfant. De plus, comme je l'ai déjà signalé, après la rupture des membranes, le segment inférieur de l'utérus est soumis à une compression plus forte et plus irrégulière entre la tête et l'anneau pelvien, compression qui est d'autant plus grave que la dilatation du col, qui se fait alors sous l'influence de la progression de la tête, exige beaucoup plus de temps, et que par conséquent le moment où l'on pourra intervenir activement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant se trouve également reculé. Evidemment dans ce cas, tout dépend de la résistance et de l'extensibilité des membranes. La seule chose à faire, c'est d'empêcher les mouvements de la femme, son agitation, ses efforts prématurés, en lui conseillant le repos et la patience. Il faut, lorsque l'on touche la malade, employer la plus grande douceur pour ne pas rompre les membranes. Enfin, dans certains cas, on peut recourir au tamponnement du vagin avecle colpeurynter, car sa contre-pression empêche jusqu'à un certain point la rupture de la poche. Mais chez les femmes irritables c'est un moyen qui souvent n'est pas supporté et qui en tout cas ne doit pas être continué trop longtemps.

Un deuxième point qui, dans ces accouchements, n'a pas moins d'importance que le précédent, c'est de *maintenir la tête, qui se présente sur le détroit supérieur, dans une position et une attitude favorable à son engagement, ou, si elle ne l'a pas, de les produire*, et en tout cas d'écarter tout ce qui pourrait s'y opposer. Plus on connaît exactement la forme du bassin; mieux on a determiné la situation de la tête par rapport au bassin et les proportions relatives de ces deux organes, plus on sera à même, toutes choses égales d'ailleurs, de remplir ces indications. Comme je l'ai déjà fait remarquer dans un autre travail, ce sont surtout la direction et la forme vicieuse de l'utérus, la position et

l'attitude vicieuse du fœtus, qui amènent un engagement vicieux de la tête sur le bassin et, en empêchant les libres mouvements de cet enfant, ne permettent pas au bassin de faire sentir son influence régulatrice. Ceci mérite toute notre attention. Ainsi il faut, lorsque le *ventre est en besace,* ce qui est la règle chez les multipares, le soutenir et le relever avec une ceinture ou un bandage approprié. Si la tête est trop inclinée en avant au-dessus du bord supérieur du pubis, il faut, pour éviter la production d'une position postérieure, exercer sur elle une pression avec un coussin placé sous le bandage ventral et chercher ainsi à l'amener au niveau de l'orifice supérieur.

Si *la déviation de l'utérus* est la cause de la présentation vicieuse de la tête, il faut faire coucher la femme sur le côté opposé. Il faut, enfin, si *la forme du bassin exige, pour faciliter l'engagement de la tête, un abaissement du front ou de l'occiput*, donner suivant les cas, à la femme, la position qui correspond au côté où se trouve le front ou l'occiput. Pourtant, lorsque la tête est encore élevée et mobile, il faut, par le toucher, contrôler de temps en temps l'action du décubitus lateral sur la situation de la tête, afin de pouvoir, dans le cas où on irait contre son but, changer le décubitus latéral en décubitus dorsal.

En troisième lieu, il faut examiner la *nature des contractions* et chercher à combattre leurs écarts et leurs déviations. Si les contractions sont plus douloureuses qu'elles ne le sont ordinairement à cette période et si on ne peut expliquer ce fait, ni par l'excitabilité nerveuse de la femme, ni par un état spasmodique, on doit, surtout chez les rachitiques, penser à une irritation mécanique de l'utérus par des crêtes ou des épines saillantes du rebord pelvien, et cela d'autant plus que la douleur persistera après la contraction, que l'utérus deviendra sensible et que la température s'élèvera. On devra se borner, tout d'abord, à l'emploi des anesthésiques, comme la morphine, le chloral, etc. Si, au contraire, les contractions pèchent par leur faiblesse, la douche chaude devra être employée, mais avec prudence. Des cataplasmes tièdes, secs ou humides, appliqués sur le ventre ou les parties génitales, peuvent être utiles.

On attend donc ainsi le moment où se fait la rupture des membranes, sauf les cas rares où il est indiqué de les rompre, soit parce qu'elles ont rempli leur but, la dilatation du col ; ou soit à une époque plus prématurée, parce que ces membranes étant plus fermes, sont moins extensibles et insuffisantes à amener cette dilatation. Le degré de di-

latation du col après la rupture des membranes est de la plus grande importance dans la conduite ultérieure.

Le col, après la rupture des membranes, est-il complètement dilaté ou tout au moins assez largement ouvert, pour permettre au besoin l'introduction de la main dans la cavité utérine ? suivant la situation plus ou moins élevée ou plus ou moins basse de la tête par rapport au bassin, et suivant le degré de rétraction du segment inférieur de l'utérus sur la tête, il va pendre alors en avant de la tête, et affaisser au devant d'elle dans l'excavation un segment plus ou moins large et plus ou moins mince de ce col.

Si la tête est déjà engagée dans le détroit supérieur par un gros segment de sa voûte, dans une situation favorable, c'est-à-dire dans une position et une attitude correspondante à la forme du bassin, il va de soi qu'il faut se borner à *laisser les douleurs faire leur effet.* Mais *si la tête est encore libre et mobile sur le détroit supérieur, ou n'y pénètre que par un très-petit segment de sa voûte*, alors se présente la question de savoir, si, confiant dans l'action de contraction, on doit attendre *la marche normale d'un accouchement par le sommet* ou bien *s'il faut faire la version podalique.* Si, en effet, on se décide pour cette dernière alternative, on est précisément au moment le plus favorable pour agir.

Quel est, dans ces conditions, le procédé auquel on doit donner la préférence? C'est une question qui a été résolue différemment, suivant l'expérience individuelle. Les statistiques comparatives qui ont été dressées des résultats obtenus par la version podalique ou l'accouchement par le sommet, dans ces cas, ne permettent pas de juger la question, car les conditions varient trop, suivant les cas, pour que l'on puisse sérieusement et valablement établir des termes de comparaison. La décision, étant donné chaque cas, ne peut être prise qu'après que l'on a minutieusement pesé toutes les conditions individuelles, et quel que soit le procédé employé, le pronostic présente d'autant moins de certitude qu'il dépend en grande partie de facteurs qui échappent à notre calcul.

Une condition préliminaire indispensable pour la marche favorable de l'accouchement par le sommet c'est que *la position et l'attitude du crâne lorsqu'il se présente, correspondent à la forme du bassin.* — Plus la disproportion mécanique est considérable, plus cette condition est indispensable. Il faut tout au moins, étant données une position et une attitude défavorables de la tête, que celle-ci soit encore assez mobile pour que l'on puisse compter avec certitude modifier favorablement cette

position par une situation appropriée de la parturiente. Les difficultés que le bassin oppose à l'engagement de la tête qui est la partie la plus volumineuse de l'enfant, sont en partie compensées par la grande facilité qu'elle possède de s'adapter à ce bassin. Par suite de la flexibilité et du chevauchement possible des os du crâne, le crâne peut progressivement subir un allongement considérable sans que sa compression compromette directement la vie de l'enfant. Et même la perte de temps qu'entraîne cette accommodation, perd de son importance par ce fait, que le crâne peut remplir le segment inférieur de l'utérus plus complètement que toute autre partie fœtale, retenir dans la cavité utérine une plus grande quantité de liquide amniotique, et toutes les autres conditions étant favorables (c'est-à-dire insertion normale du placenta et situation favorable du cordon) protéger la circulation fœtale contre des troubles notables. Si par conséquent, l'obstacle mécanique n'est pas trop considérable, les contractions peuvent réussir à engager la tête dans le bassin et à l'en expulser, sans que la vie du fœtus se trouve compromise par la compression du crâne ou la gêne de la respiration. De même la compression inévitable des voies génitales, lorsque la structure du tissu est normale, lorsqu'il n'y a pas d'arêtes aiguës ou d'épines dans le détroit supérieur, peut rester dans des limites telles qu'elle n'entraîne aucun danger essentiel. Mais cette terminaison favorable est intimement liée à l'accomplissement de la deuxième condition, c'est-à-dire à ce fait que les *contractions utérines sont en proportion de l'intensité de la résistance*. Cela est indispensable pour que la tête puisse s'accommoder à la forme de l'anneau pelvien ou du moins pour qu'elle puisse s'engager suffisamment, pour que, si les circonstances l'exigeaient, on puisse terminer artificiellement l'accouchement par une application de forceps. Il faut de plus que les contractions soient suffisantes pour produire cet engagement de la tête dans une limite de temps qui ne soit pas trop prolongée. Plus en effet ce temps sera long, plus les conditions seront défavorables pour la mère et l'enfant. Si les douleurs sont faibles, la tête ne bouche pas assez complètement le segment inférieur de l'utérus ; le liquide amniotique s'écoule donc peu à peu en grande quantité hors de la matrice, et quoique la pression que les parties maternelles subissent entre la tête et le rebord pelvien soit plus limitée et relativement moindre, elle compromet les tissus par sa longue durée, et cela d'autant plus que la pression porte d'une façon continue sur les mêmes points. L'impossibilité où l'on est de compter sur la puissance d'action des contractions,

et l'insuffisance des moyens que nous avons en notre puissance pour remédier à leur faiblesse, et les renforcer assez pour que l'on puisse produire les conditions qui permettent de terminer l'accouchement par une application de forceps, constituent un fait important, qui, dans les cas de rétrécissement du bassin, aggrave le pronostic des accouchements par le sommet comparativement à la version podalique.

La *version podalique* en effet présente l'avantage incontestable, aussitôt que l'orifice est complètement ou presque complètement dilaté, de permettre de terminer l'accouchement par l'extraction du fœtus à tout moment, quel que soit l'état des contractions utérines.

Il est évident que le résultat pour l'enfant, à mesure que le rétrécissement sera plus considérable, dépend surtout de l'aide qu'apportent les contractions, car abstraction faite de ce que l'on gagne par la force d'expulsion, le mécanisme de l'accouchement se comporte d'autant mieux que l'action des tractions est plus aidée par la pression exercée de haut en bas par les contractions. Le fait notamment, qui, d'après l'opinion de Simpson, a été signalé par tous les partisans de la version podalique dans les rétrécissements du bassin, en faveur de l'accouchement par l'extrémité pelvienne, c'est-à-dire que la tête venant la dernière franchit plus facilement le bassin, que lorsqu'elle vient la première, suppose que la tête pénètre dans le bassin par la pointe du cône qu'elle représente, c'est-à-dire le menton, ce qui parmet d'exercer simultanément une puissante traction sur le menton et les épaules, manœuvre qui a déjà été conseillée par Levret et qui, à tort, est connue aujourd'hui sous le nom de procédé de Veit. Mais cet avantage se trouve contrebalancé lorsque les douleurs sont insuffisantes, et que la traction agissant surtout sur le tronc, le menton s'écarte absolument de la poitrine, et que la tête ne se place pas dans l'axe du bassin par son plus long diamètre, le diamètre occipital, mais se loge au-dessus du plan du détroit supérieur. Il faut alors du temps pour qu'elle revienne dans une direction convenable à des tractions efficaces. Le salut de l'enfant dépend alors surtout de la facilité avec laquelle on pourra rapidement amener dans le bassin cette tête venant la dernière, tandis que dans les présentations du sommet, les difficultés et la lenteur que la tête éprouve à pénétrer dans le bassin ne sont pas, à beaucoup près, aussi dangereuses. On voit par conséquent que, même avec la version podalique, on ne peut dans ces cas compter sur le succès. Il n'en est pas moins vrai que la mère y trouve un avantage, car *la pres-*

sion que les voies génitales ont à subir dure moins longtemps et par conséquent le traumatisme est moindre.

Les résultats de la version podalique, toutes circonstances étant égales d'ailleurs, seront donc *d'autant plus favorables que l'on aura pratiqué l'opération plus tôt après la rupture des membranes.* — Ajoutons que la version est plus facile, et s'accompagne d'une contusion et d'une irritation moindre des parois utérines, lorsque la tête est encore mobile au-dessus du bassin, et que la matrice renferme encore une notable quantité de liquide amniotique, que le segment inférieur de l'utérus n'a pas encore souffert de la pression ; et qu'il supportera mieux une plus forte contusion au moment de l'extraction, si comme c'est la règle celle-ci se fait rapidement. Enfin la circulation placentaire est alors la plupart du temps intacte, l'enfant encore parfaitement vivant, et plus en état de surmonter les dangers liés à une extraction lente et difficile. *Néanmoins le succès de l'opération, étant supposées des conditions favorables, reste du moins pour l'enfant si dubitatif, que nous devons donner le conseil de reculer l'intervention tant que l'on n'aura pas perdu l'espoir que l'accouchement ne pourra pas se terminer heureusement par le sommet.* Nous devons, au contraire, conclure d'autant plus vite en faveur de la version, que nous devrons moins espérer la terminaison de l'accouchement par le sommet; toutes les fois par conséquent que la position et l'attitude de la tête seront absolument ou relativement vicieuses, c'est-à-dire qu'elles ne correspondront pas à la forme du bassin, et qu'elles ne se modifieront pas rapidement par les manœuvres, lorsqu'il y aura procidence du cordon ou d'un membre, enfin lorsque les commémoratifs fournis par les accouchements antérieurs ne permettront pas de compter sur une action suffisante des contractions utérines, insuffisance qui, dans les accouchements par le sommet et dans les cas actuels, sera plus dangereuse pour la mère que dans la version podalique.

En ce qui concerne les conditions du bassin, je crois, d'après mon expérience, que : *aucune des trois formes capitales des rétrécissements du bassin, par elles-mêmes et lorsqu'elles ne dépassent pas certaines limites, ne peut fournir de contre-indication à la version podalique.* Je ne puis, il est vrai, dissimuler comme je l'ai déjà fait remarquer que le bassin régulièrement et généralement rétréci, avec ses dimensions habituelles, c'est-à-dire un conjugué qui a généralement au-dessous de 9 centimètres, présente des difficultés particulières pour l'extraction de la tête venant la dernière.

Dans un rétrécissement très-prononcé, que j'aurais reconnu avec

certitude, je choisirais néanmoins la version podalique, et suivant les circonstances. j'aurais recours à la perforation ou même à l'opération césarienne.

Dans le bassin aplati je ne descendrais pas au-dessous d'un diamètre d'environ 8 cent., sans aller tout à fait jusque-là dans le bassin généralement rétréci, aplati. Si, d'une façon générale, l'obstacle mécanique est tel que l'on doive considérer la mutilation du fœtus comme possible et comme probable, il ne faut, à mon avis, avoir recours à la version podalique que si, à un état absolument intact des voies génitales, se joint l'intégrité absolue des battements fœtaux comme force et comme fréquence. — Car pour peu que l'enfant soit déjà en état d'asphyxie, l'extraction si elle est difficile le tuera sûrement. Il vaut mieux, dans l'intérêt de la mère, avoir recours à la perforation du crâne, le sommet se présentant. On peut il est vrai, au besoin, faire la perforation après la version podalique, mais l'opération est alors beaucoup plus difficile, et de toutes façons, les parties maternelles ont été exposées à une attrition plus considérable jusqu'à l'intervention.

Je n'ai rien de particulier à signaler à propos du *manuel opératoire*. Je me borne donc à quelques remarques générales. — Si le liquide amniotique s'est écoulé depuis longtemps et complètement, et si par conséquent on doit s'attendre à de grandes difficultés, il est bon, si l'on a les aides nécessaires, de chloroformiser la malade. — Si les contractions sont faibles et si l'on suppose que la situation de l'enfant après la version entraînera encore des retards pour l'extraction, je conseille au début de celle-ci, d'administrer le seigle ergoté, à une ou plusieurs doses, ou d'injecter sous la peau de l'ergotine pour permettre aux contractions d'aider à cette extraction. Si malgré cela les contractions restent faibles, si les frictions faites sur le fond de la matrice ne donnent pas de résultat, il faut pour renforcer en quelque sorte l'impulsion des contractions engager la malade à faire des efforts d'expulsion pendant les tractions, faire comprimer l'utérus par un aide (sage-femme), et surtout à la fin de l'opération faire exercer une pression sur la tête de l'enfant, afin que le menton reste appliqué sur la poitrine. Dans les tractions que l'on exerce, il faut avoir soin naturellement de suivre la direction qui est la plus favorable à l'engagement de la tête, étant donnée la forme du bassin. Si le menton reste accroché sur le détroit supérieur, et si l'on ne parvient pas rapidement à le saisir avec les doigts et à l'abaisser dans le bassin, la règle est que l'enfant succombe. Il faut alors attendre que les contractions,

aidées par une expression exercée extérieurement sur la matrice, aient placé la tête plus favorablement, et l'aient engagée dans le bassin, soit par le menton soit par l'occiput. On ne doit pas avoir recours au forceps avant que cela se soit produit. Si l'on réussissait à l'appliquer, la tête serait mal saisie et toute tentative pour extraire la tête resterait probablement infructueuse, et, sans sauver l'enfant, on compromettrait la mère. Mais si les contractions ont abaissé le menton ou l'occiput dans le bassin, on peut la plupart du temps entraîner avec la main la tête aussi rapidement et aussi sûrement qu'avec le forceps. Si donc les contractions tardent à produire le résultat désiré, je conseille, si des circonstances particulières, comme le décollement du placenta, n'exigent pas une terminaison rapide, de laisser un peu de répit à la malade et de la reporter dans son lit. Au bout d'une demi-heure à une heure ou trouve généralement, sous l'influence d'une action sensible des contractions, la tête assez engagée dans le bassin pour que l'on puisse la dégager facilement et doucement. Si au contraire la situation vicieuse de la tête s'est maintenue, soit parce que le vice de conformation était trop prononcé, soit parce que les contractions sont trop faibles, ou n'a plus qu'à réduire le volume de la tête pour faciliter son engagement dans le bassin. La céphalotripsie simple ou précédée de la perforation, conduit le plus sûrement et le plus rapidement à ce but.

Si les membranes étant rompues, la tête étant encore élevée et les conditions paraissant favorables, on s'est résolu à *laisser l'accouchement se faire par le sommet*, l'açcouchement *peut se terminer de différentes façons*.

Dans les cas les plus défavorables, *la tête reste plus ou moins mobile sur le détroit supérieur*, *ou elle ne s'engage dans ce détroit que par un tout petit segment de sa voûte*. Alors, ou bien c'est l'obstacle mécanique qui est plus considérable qu'on ne l'avait supposé, ou bien la force des contractions s'est épuisée contre l'obstacle. On doit alors, dans le cas où le diagnostic est incertain, se réassurer de la forme du bassin, pour voir si en modifiant l'attitude de la femme, on ne parviendra pas à modifier la position et la situation de la tête et à faciliter son engagement, ou bien si c'est l'inertie utérine qui est la cause principale du retard qu'éprouve l'accouchement, la combattre par l'emploi de douches tièdes, ou l'introduction dans l'utérus d'une sonde élastique pour exciter de nouveau l'organe et renforcer les douleurs. Mais dans toutes ces tentatives on ne doit pas perdre trop de temps, car

toute heure qui s'écoule sans profit, compromet de plus en plus le pronostic pour la mère et l'enfant et le résultat de l'opération à laquelle on aura recours deviendra de plus en plus incertain.

De l'*opération césarienne* il ne peut être question que si, dans le cours de l'accouchement, on s'est absolument convaincu que l'obstacle mécanique est absolument trop grand et que l'accouchement par les voies normales est absolument impossible sans mutilation du fœtus, et si l'intégrité des battements du cœur du fœtus permet de garantir son salut, et si les parties maternelles n'ont pas encore trop souffert de la compression pour que le danger de cette opération soit aggravé. Si on se décide alors pour l'opération césarienne, il faut naturellement agir sans aucun retard.

L'*emploi du forceps* lorsque la tête est encore aussi élevée, même dans les cas où l'obstacle mécanique n'est pas par lui-même insurmontable, est contre-indiqué. Je donnerai plus tard en détails les raisons de cette opinion.

La plupart du temps par conséquent on n'aura à choisir qu'entre la *version podalique* et la *perforation du crâne*. Mais on ne doit entreprendre la version que dans des conditions qui ne soient pas trop dangereuses pour la mère et qui laissent en même temps l'espoir que l'on pourra sauver l'enfant. Si la matrice commence à devenir sensible à la pression, si la température de la femme s'élève, si la rétraction de l'orifice externe ou l'enclavement entre la tête et le bassin de l'orifice interne fait redouter une déchirure de la voûte du vagin, ou enfin si l'écoulement du méconium, la faiblesse, le ralentissement ou l'irrégularité des bruits du cœur fœtal montrent que l'enfant est gravement compromis, il est alors trop tard pour faire la version; et il faut lui préférer la perforation du crâne, et cela d'autant plus, que l'obstacle mécanique est plus considérable ; et enfin d'une manière absolue, quand on n'est pas sûr de pouvoir extraire l'enfant sans le mutiler. La perforation offre à la mère cet avantage qu'elle diminue immédiatement la compression et la distension du canal génital. Aussitôt, par conséquent, que la tête étant élevée, les symptômes de compression se manifestent sérieusement, il faut dans l'intérêt de la mère ne pas reculer l'opération, car, sans cela, on ne peut plus, sauf par l'opération césarienne, compter sur la conservation de l'enfant. Si l'obstacle mécanique n'est pas trop considérable, les contractions peuvent, étant supposé que l'on puisse attendre, suffire à la terminaison de l'accouchement ou du moins le faire progresser assez pour que l'extraction avec le forceps ou le cranioclaste ne présente plus de difficultés.

Les chances se présentent plus favorables *lorsque la rupture des membranes se faisant au moment d'élection, la tête descend peu à peu dans le détroit supérieur par un grand segment de sa voûte, et dans une situation et une attitude favorable, ou même lorsqu'elle était déjà engagée antérieurement.* On peut alors espérer que la puissance des contractions, si elle se soutient suffisamment longtemps, pourra surmonter la résistance du bassin. Lorsque dans le bassin aplati la tête a franchi le détroit supérieur, le bassin, comme on sait, n'oppose plus d'obstacle sérieux à sa progression. Mais souvent alors la force utérine s'épuise, ou du moins est insuffisante à expulser l'enfant dans l'espace de temps désirable. Dans le bassin généralement et régulièrement retréci, l'engagement de la tête se fait ordinairement sans grandes difficultés, mais les obstacles persistent jusqu'au détroit inférieur avec la même intensité ou même vont en croissant, et doivent ainsi faire redouter l'arrêt des contractions.

Tant que la tête progresse, si lentement que ce soit, on doit, à moins de complications qui réclament une terminaison rapide, se borner à l'expectation.

Mais si la progression de la tête subit un retard, soit parce que les résistances augmentent, soit parce que les contractions utérines perdent de leur puissance, on ne doit se borner à l'expectation que tant qu'il n'y a pas de signes qui doivent faire redouter une irritation ou une déchirure des voies génitales, ou que les bruits fœtaux sont intacts. Du reste le temps pendant lequel il est permis d'attendre, dépend essentiellement de l'intensité des difficultés, et il en est de même pour le mode opératoire qui doit ménager à la fois et la mère et l'enfant. Autant, en effet, on doit s'abstenir d'une manœuvre opératoire qui deviendrait difficile si elle était pratiquée avant le moment d'élection, autant on doit se hâter, si l'on peut terminer l'accouchement promptement et sans danger, et l'on est d'autant moins excusable d'attendre que l'on a moins de raisons d'espérer par cette attente obtenir un réel avantage mécanique.

On n'a ordinairement alors pas à compter sur les résultats que l'on obtiendrait en voulant activer l'action des contractions. Si pourtant les contractions ont un caractère particulièrement douloureux, on doit dans tous les cas conseiller l'administration des anesthésiques. Par contre on ne doit avoir recours aux agents ocitociques que tant qu'il s'agit bien d'une simple faiblesse des contractions et que la texture de l'utérus n'est pas altérée. Quelques-uns de ces excitants de la contraction, comme la douche chaude, l'introduction d'une bougie

élastique dans la cavité utérine, ne doivent en outre être employés que tant que l'orifice externe n'est pas encore remonté au-dessus de la tête.

Parmi les moyens internes, le seigle ergoté, s'il est de bonne qualité, est le plus puissant. Néanmoins, je conseille de n'y avoir recours que si les conditions mécaniques sont telles, que l'on est autorisé à croire que des contractions puissantes pourront suffire à triompher de l'obstacle, ou bien encore pour le cas où, cet obstacle étant trop grand, on doit admettre que l'action de la pression produite par les contractions viendra en aide aux tractions exercées avec le forceps.

A cette période de l'accouchement, il ne peut naturellement plus être question de l'*opération césarienne*. Il en est de même de la *version podalique*, car, ou elle est absolument impraticable, ou les dangers qu'elle ferait courir à la mère ne seraient nullement compensés par l'espoir si faible alors de conserver l'enfant. Il ne reste donc alors que le choix entre l'*extraction avec le forceps* ou la *perforation*.

L'*emploi du forceps* est indiqué du moment que les conditions mécaniques le permettent, lorsque en général, les contractions sont insuffisantes à terminer l'accouchement, ou du moins pas aussi rapidement que le voudrait l'intérêt de la mère et de l'enfant. Le but est de sauver la mère et l'enfant; dans aucun cas, par conséquent, l'instrument ne doit blesser l'un ou l'autre. Son emploi dans les bassins rétrécis exige donc une prudence extrême. Si anciennement, notamment en France et en Allemagne, les accoucheurs soutenaient ouvertement l'avantage mécanique du forceps dans les rétrécissements du bassin, on est tenté aujourd'hui de peindre les dangers que présente son emploi sous des couleurs trop sombres.

Les dangers pour la mère, c'est-à-dire la contusion des voies génitales, tiennent moins à la pression même du forceps, s'il est manié par une main habile, qu'à la pression qu'exerce la tête entraînée plus ou moins violemment par le forceps à travers le bassin. La gravité du danger dépend donc sous ce rapport, d'une part, du volume et de l'étendue de l'obstacle en tenant compte de l'anneau pelvien, et de la dureté du crâne fœtal, et d'une autre part de l'état des voies génitales, de l'intégrité plus ou moins parfaite de leurs tissus, de la force et de la durée des pressions et des distensions qu'ils ont déjà supportées. De ce côté donc l'extraction avec le forceps sera d'autant plus dangereuse que l'opération aura été entreprise plus tardivement. Aussitôt, par conséquent, que les rapports mécaniques indiqueront son emploi, tout retard deviendra dangereux.

De même pour l'enfant, la cause du danger réside exclusivement

dans la pression que les parois du bassin feront subir à la tête pendant l'extraction. Le forceps, en effet, en tant que forceps, s'il est bien appliqué, n'entraîne aucun danger pour l'enfant. Tout dépend donc du degré et de l'étendue des difficultés mécaniques. Sous l'influence de la pression du promontoire, le crâne peut, notamment pendant l'extraction, subir des lésions graves et même mortelles, comme l'enfoncement et la rupture du pariétal, du frontal quoique plus rarement, la déchirure du sinus longitudinal, etc. Pourtant ces lésions se produisent quelquefois, même avant le début de l'opération, ou sont déjà en voie de formation; on les observe même dans des cas où l'accouchement ne présente pas de difficultés extraordinaires, Outre la force et la durée de la pression que le crâne subit de la part du bassin pendant l'extraction, il faut encore tenir compte de l'énergie vitale du fœtus dès le début de l'extraction au point de vue des résultats de l'opération. Moins la respiration fœtale a été troublée par l'acte de l'accouchement, plus l'enfant est en état de supporter sans danger une compression du crâne même plus forte et plus persistante, tandis que si l'enfant est déjà asphyxié, il suffit d'une compression modérée du cerveau, fût-elle de courte durée, pour que le ralentissement de la circulation devienne mortel. Par conséquent il y a tout intérêt pour l'enfant à ne pas différer l'opération, aussitôt que l'on se trouve en présence de conditions mécaniques qui permettent l'emploi du forceps.

Etant donné un cas particulier, il faut donc peser toutes les circonstances, et étudier avec soin le pour et le contre. Plus la mère et l'enfant ont déjà souffert de l'accouchement, et plus on doit se faire un devoir de n'avoir recours au forceps que lorsque les conditions mécaniques sont favorables. De même, il y a des cas où l'intégrité des parties maternelles, et celles de l'enfant, justifient les tentatives d'une intervention mécanique. — Plus il y aura de temps que les symptômes d'asphyxie se seront montrés, plus ils seront marqués, plus on devra alors considérer l'intérêt de la mère et renoncer au bon moment à une opération qui peut entraîner pour elle du danger. — Au contraire, l'espoir presque certain de sauver l'enfant, peut, même dans des conditions difficiles, engager à entreprendre cette opération, si elle n'augmente pas trop les risques de la mère. — Il faut toujours, pendant l'opération, surveiller exactement son influence sur le pouls fœtal et se décider enfin pour l'une ou pour l'autre. Si la rupture des membranes, comme nous l'avons admis, se fait à la fin de la période de dilatation, d'une façon générale, on peut s'attendre à ce que les condi-

tions ne seront pas alors mauvaises pour l'enfant. Pourtant, dans ce cas, si le travail se ralentit, on peut craindre une compression et une distension plus forte du segment inférieur de l'utérus, avec tous leurs dangers, si l'orifice externe se trouve enclavé entre la tête et l'anneau pelvien, et si l'orifice interne remonte au-dessus de la tête. De même, dans le cas d'insertion vicieuse du placenta, ou de situation fâcheuse du cordon, on peut voir survenir les symptômes qui annoncent les troubles de la circulation placentaire, presque immédiatement après la rupture des membranes. Enfin un point extrêmement important pour le succès de l'opération, c'est l'existence et l'intensité de l'aide que portent les contractions, car c'est de cela que dépendent essentiellement la force et le nombre des tractions nécessaires.

On peut considérer comme remplies du côté du bassin les *conditions mécaniques pour l'emploi du forceps*, lorsqu'on s'est assuré que l'obstacle n'est pas trop considérable, que le crâne sous l'influence des contractions seules, s'est déjà engagé dans le bassin en bonne situation et attitude et par un grand segment de sa voûte, et qu'il s'est plus ou moins accommodé à la forme du bassin. — Plus le bassin est étroit et plus il faut être sévère sur l'existence de cette dernière condition. Lorsque la tête est encore élevée et mobile, il est plus difficile de juger du rapport proportionnel qui existe entre la tête et le bassin. — Le forceps saisit moins bien la tête ; souvent, au moment où on articule l'instrument, la tête se trouve poussée dans une situation défavorable par rapport au bassin. — Elle peut être blessée par la pointe des cuillers, si pour empêcher le glissement on serre vigoureusement les manches. — En tout cas, plus les douleurs sont faibles, plus on est obligé de suppléer à ce manque de contractions par une pression plus forte ; moins la tête aura de facilité à s'adapter à la forme du bassin et plus naturellement sera forte la pression que les parties maternelles auront à supporter. — On reconnaît, en général, de combien la tête a pénétré dans le bassin à la façon dont elle remplit la concavité du sacrum. Plus le promontoire sera encore facilement accessible au doigt recourbé ou même étendu, plus la base du crâne se trouvera au-dessus du détroit supérieur. — On détermine encore plus sûrement et d'une façon plus précise ce rapport, en constatant quels sont les points de la voûte crânienne qui se trouvent en contact avec le pourtour de l'anneau pelvien, et combien, par conséquent, il reste du crâne au-dessus de cet anneau. On peut, par

conséquent, étant supposées une situation et une attitude aussi favorables que possible du crâne, calculer le degré de réduction qu'il faudra lui faire subir pour qu'il puisse pénétrer dans le bassin ; quelle sera l'intensité de la pression nécessaire pour cela, et si cette pression, combinée à la durée et à la force de celle qui a déjà été produite par l'utérus, pourra être supportée sans trop de danger. Cette dernière pression est estimée d'après son action appréciable sur les parties maternelles et sur la tête fœtale. — Il y a pourtant des cas assez fréquents où malgré une exploration minutieuse on peut rester dans le doute sur l'intensité des difficultés mécaniques, si une situation et une attitude un peu défavorables de la tête, dont l'amélioration, comme on l'espère, se doit produire pendant l'extraction, viennent compliquer la situation. Naturellement il faut alors employer le forceps, comme tentative d'essai, et si l'obstacle se révèle trop grand, si surtout pendant l'opération le pouls fœtal devient plus faible, plus rare, plus irrégulier, il faut y renoncer avant que la mère soit compromise.

C'est dans le *bassin simplement aplati* que les rapports mécaniques sont les plus faciles à apprécier. Ordinairement les contractions suffisent alors à triompher de la résistance du détroit supérieur. — Dans les 3/4 des cas, dans lesquels avec cette forme de bassin j'ai dû terminer l'accouchement avec le forceps, j'ai trouvé la tête complètement engagée dans le bassin ou même déjà parvenue jusqu'au détroit inférieur. Le bassin alors n'oppose plus d'obstacle réellement actif à l'extraction, et ce n'est que chez les primipares que la résistance des parties génitales externes et du perinée oblige à intervenir. Le succès pour la mère et l'enfant, abstraction faite des complications accidentelles, dépend uniquement du degré d'intégrité dans lequel se trouvaient ces parties au début de l'opération.

Si la tête est encore au détroit supérieur, dans l'attitude et la situation normale, ce qui décide, c'est la distance qui sépare la suture sagittale du promontoire. Si le pariétal placé en arrière est comprimé dans sa largeur de moins de 1 cent. 1/2 ou 2, au niveau du promontoire, tandis que la bosse du pariétal antérieur peut être sentie presque libre derrière le pubis, l'extraction à l'aide du forceps se fait alors, en général, sans trop de difficultés, même si la flexion de l'occiput n'a pas encore commencé. Il est très-avantageux dans ce cas, que l'action des tractions soit soutenue par les contractions. Souvent alors, dès la première traction, la tête fran-

chit le promontoire et pénètre dans le bassin avec un bruit perceptible à l'oreille, tandis que l'occiput se fléchit et s'abaisse dans le forceps, et dans sa progression ultérieure accomplit sa rotation normale en avant. Moins la mère et l'enfant ont souffert antérieurement du travail de l'accouchement, plus est inoffensif l'accroissement transitoire de la pression que les parties molles maternelles et la tête du fœtus ont à subir pendant l'opération.

Dans le *bassin généralement rétréci, aplati*, les conditions sont plus compliquées. Les difficultés mécaniques sont, la plupart du temps, peu considérables, puisque, outre le raccourcissement souvent plus prononcé du conjugué vrai, il faut tenir compte de la généralité du retrécissement.

En conséquence, la résistance du détroit supérienr sera dans ce cas proportionnellement et plus rarement surmontée par les seules contractions utérines. C'est à peine si dans le sixième des cas j'ai trouvé, au moment de l'application du forceps, la tête descendue dans l'excavation, et alors, comme dans le bassin simplement aplati, l'extraction se fait facilement et sans danger pour la mère et l'enfant.

Mais si la tête est élevée, il faut non-seulement considérer le rapport de la tête avec le conjugué vrai, la distance de la suture sagittale au promontoire, mais il faut tenir compte de la courbure des parties latérales du bassin, du degré de leur aplatissement, de l'étendue de la distance sacro-pectinée par elle-même et par rapport au volume, à la forme, à la situation et à l'attitude de la tête. Le degré de la difficulté probable de l'accouchement est ici bien plus difficile à déterminer que dans le bassin simplement aplati ; et, dans des conditions qui en apparence sont les mêmes, la force et le temps que réclame l'extraction peuvent être tout différents. Tout d'abord, il est avantageux que la tête pénètre dans le bassin l'occiput le premier. Cette condition est d'autant plus indispensable que les parois du bassin sont plus aplaties et que la distance du promontoire à la branche horizontale du pubis est plus limitée. De plus, il est à désirer que la tête s'engage par son diamètre transverse, la suture sagittale parallèle au diamètre transverse du bassin, et cela d'autant plus que la tête est plus élevée et que l'occiput s'est trouvé abaissé. Enfin, il est avantageux que, si la situation du pariétal qui est tourné vers la partie antérieure du bassin est normale, une partie du pariétal postérieur, ayant au moins 1 cent. 1/2 à 2 cent., soit engagée déjà au-dessous du promontoire. Si, par contre, la tête est poussée dans le détroit supérieur par le vertex, tandis que le front et l'occiput s'arrêtent chacun de leur côté sur

le rebord pelvien, ou bien si la tête se rapproche par son diamètre sagittal d'un des diamètres obliques du bassin, sans flexion et abaissement considérable de l'occiput; si la suture sagittale est tout à fait au voisinage du promontoire, parce que la situation de la tête étant normale, la pression exercée par les contractions est trop faible, comparée à la résistance de l'obstacle, pour abaisser le pariétal postérieur et le comprimer sur le promontoire, ou parce que le pariétal antérieur est trop bas et que l'on peut déjà sentir l'oreille derrière la symphyse du pubis, les résultats que l'on peut attendre du forceps sont très-incertains, et cela d'autant plus que le bassin est plus étroit, et l'obstacle par conséquent à l'accouchement plus considérable. Seule, l'absence de tout symptôme d'un trouble de la circulation placentaire, et par suite l'espoir de sauver l'enfant, si l'état de la mère réclame la terminaison de l'accouchement, peut autoriser dans ces conditions défavorables une tentative avec le forceps. La plupart du temps, on est forcé de renoncer promptement au forceps et de le remplacer par le perforateur. Pourtant, j'ai quelquefois encore, dans des cas aussi défavorables et avec un conjugué vrai, qui ne mesurait pas moins de 7 1/2, réussi à extraire un enfant vivant, lorsque, pendant les tractions, les rapports mécaniques s'amélioraient, et que la fréquence et la force persistante des battements du cœur fœtal m'encourageaient à continuer. L'enfant, il est vrai, naissait en état de mort apparente, mais a toujours été complètement ranimé et a conservé la vie, sans que la mère ait eu de troubles dans ses couches. Ce qui, dans le bassin régulièrement et généralement rétréci, rend difficile la connaissance des conditions mécaniques et les difficultés probables d'une application de forceps, c'est l'incertitude du diagnostic de l'espace inférieur du bassin, c'est-à-dire de savoir si le rétrécissement s'étend régulièrement dans toute l'étendue du canal, ou s'il augmente ou diminue à mesure que l'on s'approche du détroit inférieur. Dans les degrés moyens de rétrécissement, les seuls que je connaisse par ma propre expérience, c'est-à-dire avec un raccourcissement du conjugué qui ne descend pas au-dessous de 9 cent., les contractions, même modérées, étant données une situation et une attitude favorable de la tête, ont pu engager suffisamment la tête dans le bassin; et c'est moins l'intensité absolue du rétrécissement que l'affaiblissement prématuré des contractions, et les dangers résultant pour la mère et l'enfant de la longue durée du travail qui m'ont fait intervenir avec le forceps. La tête était engagée dans le bassin avec l'occiput fléchi ; les deux pariétaux à peu près au

même niveau, le front la plupart du temps encore complètement audessus du détroit supérieur, et la grande fontanelle, perceptible seulement sur le bord du bassin, la suture sagittale remontant directement en haut, lorsque la tête était encore élevée et encore située dans le diamètre transverse; lorsque la tête était plus basse, déjà dans le diamètre oblique ou même rapprochée du diamètre droit. Dans ces circonstances, le forceps s'applique facilement encore et comme il faut, et si le rétrécissement du bassin n'augmente pas notablement à la partie inférieure, la tête obéit rapidement et toujours aux tractions, surtout si les contractions agissent un peu de leur côté. Lorsque, en abaissant la tête, on a éloigné la petite fontanelle de l'axe du bassin, et lorsque la grande fontanelle est devenue plus accessible au doigt explorateur, on peut, avec une certaine probabilité, compter sur un élargissement du bassin au détroit inférieur. Par contre, on doit redouter une augmentation du rétrécissement lorsque la petite fontanelle descend encore plus bas, que la suture sagittale remonte plus directement en haut, et qu'en même temps la tuméfaction des parties maternelles, l'accroissement de la bosse sanguine et le chevauchement croissant des os du crâne au niveau des sutures indique une augmentation de la compression. Je n'ai pas vu jusqu'à présent un seul cas de cette catégorie.

Si l'action des contractions étant insuffisante, les conditions existent qui permettent l'application du forceps, je conseille de ne pas trop différer, car la pression circulaire que les parties molles du bassin supportent dans cette variété, devient surtout dangereuse par sa durée, et compromet une opération qui par elle-même n'est peut-être pas difficile. Mais je rejette aussi, expressément, le forceps lorsque la tête s'engage dans le bassin dans une situation moins favorable ou surtout vicieuse. Si l'état de la mère réclame dans ce cas la prompte terminaison de l'accouchement, il faut, si l'énergie vitale du fœtus n'est pas trop affaiblie, faire une tentative prudente avec le forceps, dans l'espoir que la situation, par rapport au bassin, se modifiera avantageusement pendant la traction; mais il faut y renoncer du moment que cette espérance ne se réalise pas promptement.

Je n'ai que peu à ajouter en ce qui concerne le *manuel opératoire*. Si la tête est élevée, le forceps, comme on sait, ne peut être appliqué que dans le diamètre transverse du bassin, c'est-à-dire ordinairement la tête étant transversale, du front à l'occiput.

A ce point de vue, il faut, surtout dans le bassin aplati, s'efforcer

de saisir, autant que possible, la tête par son diamètre sagittal, car si cela n'arrive pas, la tête, lors de l'articulation du forceps, ou pendant les tractions, tourne autour de son diamètre vertical, et le front est comprimé contre le promontoire. Dans le bassin généralement et régulièrement rétréci, où la tête pénètre dans le bassin par l'occiput, et où, par conséquent, le diamètre sagittal correspond mieux à l'axe du bassin, la saisie un peu oblique de la tête a moins d'inconvénients. Bien plus, la tête a souvent alors déjà pris une position oblique dès le détroit supérieur. Plus la tête est élevée, plus il faut dans l'application et l'articulation de l'instrument abaisser les manches, pour saisir, autant que possible, les deux côtés du crâne, et pas seulement celui qui est tourné vers la partie postérieure du bassin. La traction doit être dirigée en bas, jusqu'à ce que la tête soit complètement engagée dans l'excavation. Il est avant tout important que la direction des tractions réponde toujours à la direction dans laquelle la tête doit progresser. Pendant les tractions, il faut éviter de serrer les manches plus qu'il n'est nécessaire pour empêcher le glissement de l'instrument, afin que la pression, surtout celle de l'extrémité des cuillers, ne blesse pas le crâne, et que la tête, par suite, conserve une certaine liberté et une certaine facilité pendant sa descente à tourner dans l'aire de l'instrument et à s'adapter aux changements de forme du bassin. On ne doit jamais tirer par saccades, mais toujours augmenter progressivement et régulièrement la force des tractions. Les mouvements d'oscillation, si recommandés anciennement, et ceux de rotation artificielle, doivent bien plutôt être abandonnés, surtout si l'on a lieu de craindre que les parties molles aient déjà souffert de la pression antérieure. En tout cas, même avec l'intégrité complète de ces parties, on doit être très-réservé dans leur emploi.

Le second des moyens signalés plus haut, la *perforation* ou la *céphalotripsie*, est indiqué aussitôt que l'on est certain que la disproportion entre la tête et le bassin est trop grande, soit parce que le bassin est trop étroit, soit parce que le crâne de l'enfant est plus gros et plus solide qu'on ne l'avait cru, soit parce que les difficultés mécaniques sont accrues par une situation et une attitude vicieuse de la tête que l'on ne peut corriger. Plus, dans ces cas, on se décidera de bonne heure, plus cela sera avantageux pour la mère; et, à ce point de vue, le pronostic dans les rétrécissements prononcés du bassin est plus favorable que dans les rétrécissements plus faibles. Car dans les cas douteux, s'il n'y a pas de signes de la mort du fœtus, on attendra toujours, ou bien dans les cas où l'intérêt de la mère exige la prompte

terminaison de l'accouchement, on fera précéder la perforation d'une application de forceps. Si pourtant, quoique l'enfant soit encore vivant, l'espérance de le conserver est déjà très-précaire et n'est pas en proportion du danger que la mère subirait par la prolongation ou l'augmentation de la pression subie par les voies génitales, on a le devoir de sacrifier l'enfant déjà vraisemblablement perdu sans cela, et par la perforation du crâne de diminuer le traumatisme de l'accouchement, pour tâcher au moins de sauver la mère.

Nos observations jusqu'à ce jour nous permettent de dire que lorsque le crâne se présente, la rupture des membranes se fait à la fin de la période de dilatation. Mais dans les rétrécissements du bassin, la *rupture*, comme on le sait, est souvent *prématurée*, et par conséquent l'accouchement devient immédiatement plus fâcheux. L'écoulement total du liquide amniotique, lorsque la tête est encore élevée, amène un trouble prématuré et intense de la circulation placentaire. Le col subit non-seulement une pression plus forte et plus irrégulière entre la tête et le rebord pelvien, mais il est contusionné dans sa longueur d'autant plus que la dilatation de l'orifice se trouve plus ralentie et que sa rétraction se trouve entravée. Naturellement, les effets fâcheux de la rupture prématurée des membranes se font d'autant plus sentir que la dilatation est moins avancée, et que l'obstacle qui s'oppose à l'engagement de la tête est plus prononcé. Les moyens que l'on a à sa disposition à cette période de l'accouchement sont uniquement l'*opération césarienne* et la *perforation*. Si pourtant, après un examen minutieux, on s'est convaincu qu'un enfant à terme peut franchir le bassin sans mutilation et même, peut-être, naître vivant, il sera difficile d'admettre que l'on puisse commettre l'erreur de se décider pour l'une ou l'autre de ces opérations. Il ne reste qu'à attendre la marche ultérieure de l'accouchement. En attendant, on peut essayer, par l'emploi des douches chaudes ou du colpeurynter, de réveiller les contractions qui, la plupart du temps, sont faibles, et de solliciter la dilatation du col. Mais si, avant la dilatation complète du col, la contusion et le tiraillement de ce col menacent d'atteindre un haut degré, il faut (abstraction faite de l'opération césarienne) d'autant plus avoir recours à la perforation que les signes indiquant un trouble de la circulation placentaire rendent plus improbable la conservation de l'enfant. Lorsque enfin les contractions ont réussi à dilater suffisamment le col, il peut, même alors, arriver que l'on soit forcé de renoncer à la perforation, si l'intensité des disproportions mécaniques rend invraisemblable l'extraction de l'enfant sans mu-

tilation ; car alors la version podalique peut ou n'être plus possible, ou entraîner pour la mère des dangers tels qu'il n'y a pas à les faire entrer en proportion avec la faible espérance que l'on a de sauver l'enfant. Et même, si alors les conditions mécaniques qui permettent l'emploi du forceps se trouvent remplies, le traumatisme qui résulterait de l'accouchement, compromet tellement la mère et l'enfant, que pour peu qu'il y ait une difficulté notable, il faut lui préférer la perforation.

Pour terminer, quelques mots sur le traitement *des présentations vicieuses du fœtus* dans les rétrécissements du bassin.

Les présentations *de la face* sont fâcheuses dans les bassins rétrécis. Ce n'est que dans le cas de rétrécissements très-légers qu'elles doivent être abandonnées à elles-mêmes. Au début de l'accouchement, lorsque les membranes sont encore intactes, il faut, par la position de la femme, chercher à les transformer en présentations du sommet. En tout cas, il faut s'efforcer de conserver intacte la poche des eaux aussi longtemps que possible. Pour le cas où l'on ne peut les modifier, faire la version podalique au moment d'élection aussitôt que le col est suffisamment dilaté.

Par contre, les présentations de *l'extrémité pelvienne* sont relativement favorables. Elles ont pourtant l'inconvénient d'empêcher, sauf dans les cas de rétrécissements extrêmes, de reconnaître avant le début de l'extraction les rapports de dimensions qui existent entre le fœtus et le bassin. Il est aussi extrêmement important de ménager la poche des eaux. Si c'est le siége qui se présente, je conseille, si le rétrécissement est considérable, ou les contractions insuffisantes, aussitôt la rupture des membranes, et avant que le siége s'engage, d'abaisser un pied pour avoir, dans le cas où l'extraction deviendrait nécessaire, une prise plus commode que ne présenterait le siége.

Si dans les présentations *obliques ou transversales*, les membranes étant intactes, on essaie de transformer la présentation en présentation du sommet, tout dépend en partie des chances de réussite, en partie des conditions plus favorables de l'accouchement par le sommet. Lorsque l'on n'est pas certain de l'avenir dans ces conditions, le mieux est de s'abstenir et de s'efforcer d'empêcher la rupture des membranes jusqu'à ce que la dilatation soit complète, et alors de faire la version podalique.

Paris. — Typ. A. PARENT, rue Monsieur-le-Prince, 31.